|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  **MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  **BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU** | | | |
| **DÖK.NO.EY.FR.04** | **YAYIN TARİHİ: 25.01.2017** | **REV.TARİHİ: 26.10.2021** | **REV.NO: 02** | **SAYFA NO : 1 /4** |

(Belge doldurulduktan sonra her sayfaya imza atılacaktır.)

# A. ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.1** | **ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER** | | |
| **A.1.1** | Adı Soyadı: | | |
| **A.1.2** | Çalıştığı Kurum:  (Yüksek lisans/ Doktora/ Tıpta uzmanlık için) Üniversite: | | |
| **A.1.3** | Unvanı ve Bölümü: | | |
| **A.1.4** | Telefonu: | | |
| **A.1.5** | E-posta adresi: | | |
| **A.2** | **ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER** | | |
| **A.2.1** | Araştırmanın Konusu(Araştırmanın açık adı): | | |
| **A.2.2** | Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)  □YL Tezi □ DoktoraTezi □Bireysel Araştırma Projesi  □Diğer ………….. | | |
| **A.2.3** | Araştırmanın destekleyicisi var mı?   * Evet □ Hayır   Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı?  □Sağlık Bakanlığı □TÜBİTAK □Kalkınma Bakanlığı □ İlaç Firması  □Diğer (belirtiniz): | | |
| **A.2.4** | Yapılacak araştırma prospektif ise kimyasal bir madde (ilaç v.b.) kullanılacak mı?   * Evet □ Hayır   Evet ise lütfen açıklayınız:……………………………………………………………………………. | | |
| **A.2.5** | Araştırma katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular içeriyor mu? | Evet | Hayır |
| **A.2.6** | Gönüllü katılımını olumsuz etkileyecek herhangi bir soru veya durum var mı? | Evet | Hayır |
| **A.2.7** | Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı? | Evet | Hayır |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.2.8** | Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı? | Evet | Hayır |
| **A.2.9** | **Amaç/Kapsam**: | | |
| **A.2.10** | **Gereç ve Yöntem**:  **Araştırmanın Evreni/Örneklemi** (yaş aralıkları ve cinsiyet belirlenmiş ise yazılacaktır.) :  **Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı**: **Araştırmanın Kısıtlılıkları**:  **Hipotez(ler)**: | | |
| **A.2.11** | **Zaman Takvimi:**  *Verilerin toplanması zaman aralığı: Analiz ve raporlama zaman aralığı: Araştırma bitiş tarihi:* | | |
| **A.2.12** | Bu araştırmada kullanılan materyal ve/veya elde edilen veriler kullanılarak bir başka araştırma planlanmakta mıdır? | Evet | Hayır |
| **A.2.13** | Yanıtınız evet ise, lütfen yapılacak araştırmalar ile ilgili bilgi veriniz. | | |
| **A.2.14** | **Araştırmanın aşağıda belirtilen alanlarda varsa yararlarını yazınız.**  Bireysel: Kurumsal: Toplumsal: Bilimsel: | | |

# RAŞTIRMADA YER ALAN DANIŞMANLAR

(**Birden çok danışman olması durumunda bu bölümü yineleyiniz.)\***

\***Bu bölümde danışman Öğretim Üyesi ile ilgili bilgiler verilmelidir.**

|  |  |
| --- | --- |
| **B.1** | Adı Soyadı: |
| **B.2** | Unvanı: |
| **B.3** | Uzmanlık Alanı: |
| **B.4** | İş Adresi: |
| **B.5** | E-posta adresi: |
| **B.6** | Telefon Numarası: |
| **B.7** | Faks Numarası: |

1. **İLGİLİ BELGELER**

(Bu bölümde belirtilen belgeler sırası ile başvuru dosyasına eklenmelidir.)

|  |  |
| --- | --- |
| **C.1** | **Üniversite/Kurum Talep Yazısı**  *(Sorumlu araştırmacının bağlı olduğu kurumdan İl Sağlık Müdürlüğümüze hitaben yazılmış araştırma izin talep yazısı)* |
| **C.2** | **Etik Kurul Onay Belgesi**  *(Araştırma için ilgili Etik Kuruldan alınmış onay belgesinin aslı veya aslı gibidir onaylı sureti)* |
| **C.3** | **Varsa Anket/Ölçek ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**  *(Anketin geçerliliği/güvenilirliği ile ilgili olarak, anket hazırlanmasında yararlanılan kaynaklar belirtilmelidir. Ayrıca, her sayfasında sorumlu araştırmacının imzası olan bir örneği başvuru formuna eklenmelidir. Anket formunda araştırmaya katılanların kimliğini açığa çıkaran sorular olmamasına özen gösterilmelidir. Araştırmaya katılacak gönüllülere yönelik aydınlatılmış onam formu örneği de bulunmalıdır.)* |
| **C.4** | **Çalışma Yapılacak İl(ler) Listesi** - |
| **C.5** | **Çalışma Yapılacak Sağlık Tesis(leri) Listesi -** |
| **C.6** | **Araştırmanın yapılacağı sağlık tesisi/tesislerinden alınan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Ön İzin Formu**  *(Form, her sağlık tesisinin kendine özgü kalite belgeleri sistemine eklenmiş olduğundan, sağlık tesisine başvuru esnasında ilgili birimden temin edilerek 2 (iki) sayfayı geçmeyecek şekilde doldurulacak ve sağlık tesisine teslim edilecektir.)* |
| **C.7** | **Araştırmanın yapılacağı sağlık tesisi/tesislerinden alınan Bilimsel Araştırma Belgeleri Kontrol Formu** *(Form, her sağlık tesisinin kendine özgü kalite belgeleri sistemine eklenmiş olduğundan, sağlık tesisine başvuru esnasında ilgili birimden temin edilerek sağlık tesisinde görevli ilgili personel veya başvuruda bulunan araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)* |

# BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI

|  |  |
| --- | --- |
| D.1 | İşbu başvuru formu ile, kendim/ başvuru sahibi adına   * Başvuruda sağlanan bilgilerin doğruluğunu, * Araştırmanın ilgili mevzuata, doldurduğum Başvuru Formuna ve güncel Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini, * Araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasını Manisa İl Sağlık Müdürlüğü’ne sunacağımı taahhüt ederim. |
| D.2 | **Başvuru Sahibi Adı-Soyadı** (El yazısı ile) :  **Tarih** (gün/ay/yıl olarak):  **İmza**: |

NOT:

* + - Bu form doldurularak Manisa İl Sağlık Müdürlüğü’ne müracaat edilecektir.
    - Sadece başvuru yapılmış olması, yapılacak araştırmaya başlamak için yeterli değildir.
    - Araştırmaya başlayabilmek için ilgili başvurunun Müdürlüğümüz tarafından U YG UN G Ö RÜ LM E Sİ gerekmektedir.
    - Çalışma birden fazla ilde yapılacak ise ilgili İl Sağlık Müdürlüklerine ayrı ayrı başvuru yapılması gerekmektedir.
    - Form elektronik ortamda doldurulmalıdır.